

Nevo de Reed

D. Velázquez Tarjuelo, M. Valdivielso Ramos, C. Mauleón Fernández, C. Silvente San Nicasio, J.M. Hernanz Hermosa
Servicio de Dermatología. Hospital «Infanta Leonor». Madrid

Resumen

También denominado nevo fusocelular pigmentado o nevo de Spitz pigmentado, el nevo de Reed fue descrito por primera vez por Richard Reed en 1975. Para algunos autores es una entidad independiente, aunque para la gran mayoría es una variante del nevo de Spitz en la que predominan las células fusiformes, que son productoras muy activas de melanina. Clínicamente, son lesiones redondeadas, de un tamaño menor de 1 cm, casi siempre únicas; sus principales características son el crecimiento rápido (en unos meses) y la intensa pigmentación, y ambas suelen ser síntomas que generan alarma en los familiares y en el pediatra. La dermatoscopia es típica, con una imagen en estallido de estrellas; se puede establecer fácilmente un diagnóstico y su evolución es benigna.

Palabras clave

Nevo de Reed, nevo fusocelular pigmentado, variante del nevo de Spitz pigmentado

Abstract

Title: Reed nevus

Also named pigmented spindle cell nevus, or pigmented variant of Spitz nevus, Reed nevus was originally described in 1975 by Richard Reed. For some authors, Reed nevus is a distinctive benign acquired melanocytic nevus, but sometimes it is considered a variant of the Spitz nevus, composed of spindled melanocytes with heavy melanin pigmentation. Clinically they are round lesions, with a size of less than 1 cm most of the time unique. Their principal characteristics are the rapid increase, in a few months and the intense pigmentation; both characteristics are usually symptoms that generate alarm in the family and pediatrician. The dermatoscopy is typical, with an image of a burst of stars, being able to easily establish a diagnosis and its benign evolution.

Keywords

Reed nevus, pigmented spindle cell nevus, pigmented variant of Spitz nevus

Introducción

La mayor parte de los nevos de Reed muestran un patrón clínico y dermatoscópico fácilmente reconocible, que los distingue de otras lesiones pigmentadas no melanocíticas, de otros nevos melanocíticos y de la mayoría de los melanomas. Sin embargo, el estudio histológico sigue siendo obligatorio en presencia de cualquier dato clínico y/o dermatoscópico atípico, ya que una imagen muy sugestiva de nevos de Reed o de Spitz no descarta de forma absoluta la posibilidad de la existencia de un melanoma.

Caso clínico

Niña de 9 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acude a la consulta de dermatología pediátrica por la existencia de una lesión pigmentada, asintomática, de 3 años de evolución, de crecimiento lento pero progresivo, localizada en la cara posterior de la pierna derecha (figura 1).

En la exploración física se observa una pápula de 3 mm, negra, de coloración uniforme. En la visión dermatoscópica destaca un patrón en estallido de estrellas, con una porción central



Figura 1. Lesión pigmentada, oscura, uniforme y de crecimiento rápido, localizada en la pierna

homogénea, rodeada en la periferia por seudópodos distribuidos de forma simétrica y uniforme (figura 2).

Se realiza una extirpación radical de la lesión, e histológicamente se observa una proliferación melanocítica en la unión dermoepidérmica, constituida por amplias tecas con células



Figura 2. Imagen dermatoscópica típica en estallido de estrellas

fusiformes dispuestas perpendiculares a la epidermis, fuertemente pigmentadas y sin atipias citológicas. Se encuentran rodeadas de abundantes melanófagos en la dermis, y se observan algunas células pigmentadas en la capa córnea. Todo ello nos confirma el diagnóstico de nevo de Reed.

Discusión

Para algunos autores el nevo de Reed es una entidad independiente¹, aunque para la gran mayoría es una variante del nevo de Spitz en la que predominan las células fusiformes frente a las epitelioides, que son productoras muy activas de melanina.

Epidemiológicamente se han descrito algunos casos congénitos², pero la media de edad en el momento del diagnóstico es de 25 años, y son más frecuentes en el sexo femenino, en una relación de 2:1. La localización más habitual son las extremidades, hasta en un 70% de los casos, sobre todo en los muslos. Un 20% de los nevos de Reed se sitúa en el tronco, sobre todo en la espalda, y el 8,8% afecta a la cabeza y el cuello³.

Desde el punto de vista clínico, se caracteriza por ser una mácula o una pápula, de entre 1,5 y 10 mm, marrón oscura o negra, normalmente de coloración uniforme, aunque existen variantes atípicas pigmentadas. Con frecuencia el paciente refiere antecedentes de cambio o aparición reciente de la lesión⁴. No suelen existir antecedentes familiares de melanoma o de nevos atípicos, aunque sí casos aislados de malignización de nevos de Reed, de manera que, dado que tras extirparlos casi nunca recidivan, si esto ocurriera, salvo que la lesión se extirpara de manera incompleta, deberíamos sospechar un melanoma. Las lesiones melanocíticas que semejan nevos de Reed en la cara o la nuca de pacientes adultos tienen mayor probabilidad de ser melanomas malignos, normalmente melanomas de células fusiformes que surgen de un lentigo maligno⁵.

El dermatoscopio resulta muy útil a la hora de identificar el nevo de Reed. Suelen ser de color negro azabache, o en algu-

nos casos azul grisáceos o marrones, casi siempre con un centro oscuro uniforme con seudópodos en la periferia, que les confiere el aspecto en estallido de estrellas característico de este tipo de lesiones⁶.

Histológicamente, se caracteriza por fascículos de células fusiformes, uniformes, de orientación vertical, que contienen finos gránulos de melanina, productores de pigmento. Se limitan a la epidermis, aunque pueden afectar a la dermis papilar, donde existen abundantes melanófagos. En ocasiones los melanocitos migran hacia estratos altos de la epidermis, aunque no suelen superar el tercio inferior de ésta. Al ser característica la presencia de abundante pigmento en la epidermis, la dermis y el estrato córneo, así como de mitosis ocasionales, el nevo de Reed puede llegar a confundirse histológicamente con los melanomas de células fusiformes¹.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con otras lesiones, como el melanoma, los nevos atípicos, los nevos azules, las lesiones vasculares y, más frecuentemente en adultos, con el carcinoma basocelular pigmentado. Los datos histológicos que cabe tener siempre en cuenta para diferenciar el nevo de Reed del melanoma son fundamentalmente tres. En primer lugar, el nevo de Reed nunca presenta signos de regresión ni ulceración. En segundo lugar, el infiltrado inflamatorio dérmico en el nevo de Reed está compuesto por linfocitos e histiocitos; la presencia de células plasmáticas es más típica del melanoma. Por último, en el nevo de Reed la red de crestas interpapilares es regular y simétricamente elongada, a diferencia del melanoma⁷.

El tratamiento adecuado de los nevos de Reed es una resección completa con márgenes libres. La razón de esta recomendación es evitar las recidivas, ya que la imagen histológica de las lesiones recidivadas puede ser alarmante y resulta difícil distinguirla del melanoma. Si el nevo de Reed muestra rasgos atípicos, se recomienda una resección con márgenes amplios, de 5-10 mm, y realizar un seguimiento periódico, cada 6-12 meses³.

Bibliografía

1. Requena L, Sánchez-Yus E. Pigmented spindle cell naevus. *Br J Dermatol.* 1990; 123: 757-763.
2. Sau P, Graham JH, Helwig EB. Pigmented spindle cell nevus: a clinicopathologic analysis of ninety-five cases. *J Acad Dermatol.* 1993; 28: 565-571.
3. Barnhill RY, Llewellyn K. Neoplasias melanocíticas benignas: nevo fusocelular pigmentado. En: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, et al., eds. *Dermatología*, 2.ª ed. Madrid: Elsevier, 2004.
4. Sagebiel RW, Chinn EK, Egbert BM. Pigmented spindle cell nevus. Clinical and histologic review in 90 cases. *Am J Surg Pathol.* 1984; 8: 645-653.
5. Rolón M. Nevus de Reed. *Rev Asoc Col Dermatol.* 2008; 16: 53-54.
6. Peris K, Ferrari A, Argenziano G, et al. Dermoscopic classification of Spitz/Reed nevi. *Clin Dermatol.* 2002; 20: 259-262.
7. Barnhill RL. Malignant melanoma, dysplastic melanocytic nevi, and Spitz tumors. Histologic classification and characteristics. *Clin Plast Surg.* 2000; 27: 331-360.